



LÆGEFORENINGEN

Kvalitetsudvikling - der mangler en national strategi

Lægeforeningen efterlyser en samlet national strategi for kvalitet. Der mangler sammenhæng, en klar arbejdsdeling og målsætninger for kvalitetsarbejdet på alle niveauer i det danske sundhedsvæsen.

Politikpapir 2015

Lægeforeningen efterlyser en samlet national strategi for kvalitet. Det danske sundhedsvæsen er karakteriseret ved utallige kvalitetsaktiviteter, og der mangler sammenhæng og klar arbejdsdeling og målsætninger for det statslige niveau, det regionale institutionsniveau, og det kommunale og helt lokale niveau.

Lægeforeningen foreslår en kortlægning af aktiviteterne, der kan danne grundlag for en samlet plan, der rækker både fremad og bagud. Fremad med hensyn til kvalitetsudvikling og akkreditering og bagud med hensyn til oprydning – organisatorisk, strukturelt og i konkrete vejledninger.

Målet med en national strategi er at skabe rammer og tilbyde metoder, så den enkelte medarbejder kan arbejde systematisk med kvaliteten.

Pejlemærket er merværdi i forhold til klinisk og patientnær kvalitet.

Arbejdet med kvalitetsudvikling bør inddrage in-

ternational viden og inspiration fra andre sundhedsvæsen/sundhedsorganisationer, der har erfaringer med kvalitetsudvikling og kvalitetsredskaber.

Nogle vigtige elementer der skal indgå i strategien er:

- ledelse
- patientinddragelse
- datadrevet kvalitet
- kliniske retningslinjer
- systematisk kompetenceudvikling
- akkreditering

1. Ledere der kan facilitere kvalitetsudvikling

Sundhedsvæsenet er en vidensvirksomhed, der kræver kontinuerlig læring og udvikling. Uddannelse og rekruttering af ledere er nødvendige forudsætninger.

De kliniske ledere skal sikre fremdrift mod de fastlagte mål. De skal udstikke retning for arbejdet samt støtte

klinikerne i at arbejde med kvalitetsudvikling. De skal fremme en kultur, hvor der med afsæt i data er åbenhed om resultater, fokus på den ydede kvalitet og patientsikkerhed.

Lederne skal have de fornødne kompetencer til at drive forandringen. De skal have forståelse for patienternes, medarbejdernes, organisationens og samarbejdspartneres behov.

Behovsanalysen og definering af mål og indsats sker lokalt, og der skal være et reelt rum til at foretage de lokale ledelsesmæssige dispositioner, som konkret fremmer kvalitetsudvikling.

I de organisationsformer og strukturer, der går på tværs af sektorer, skal det ledelsesmæssige ansvar være klart beskrevet og afgrænset. Det kan dreje sig om kronisk syge eller telemedicinsk behandling.



2. Patientinddragelse – brug patienternes viden

Patienternes viden, kompetencer og ressourcer skal inddrages helt systematisk. Det kan f.eks. ske organisatorisk via brugerråd og behandlingsmæssigt via kliniske vejledninger.

Standardiserede patientforløb skal rumme plads til individuelle hensyn, og patientens behov kan åbne for nye typer forløb, f.eks. brugerstyrede indlæggelser.

Behandlingsforløb aftales mellem læge og patient og er en kombination af patientens ønsker og prioriteringer og det bedste faglige tilbud. Patienten skal løbende informeres og høres om oplevelsen af behandling og proces. Efter behandlingen evaluerer læge og patient det gennemførte forløb med fokus på, hvad der er gået godt, og hvad der er gået mindre godt. Begge dele er grundlag for kvalitetsforbedringer.

Lægeforeningen, Danske Patienter og Dansk Sygeplejeråd har i 2014 formuleret fire anbefalinger til at styrke patientinddragelsen:

- *Patientinddragelse som en del af uddannelsen*
Patientinddragelse skal indgå i de sundhedsprofessionelles uddannelser og som et systematisk led i efteruddannelser
- *Samlet vidensudvikling og effektiv vidensdeling*
Der skal prioriteres midler til en samlet national platform, som indsamler, udvikler og formidler vi-

den om patientinddragelse, så de sundhedsprofessionelle har adgang til opdateret viden og rådgivning. Udviklingen skal være forskningsbaseret og således understøttes af forskningsmidler til patientinddragelse.

- *Vejledninger for praksis*
Inddragelsen af patienterne skal ske systematisk og med afsæt i viden om, hvad der virker. Derfor skal patientinddragelse indgå i de vejledninger, der understøtter de sundhedsprofessionelles arbejde
- *Tilstrækkelig tid og de rette fysiske rammer*
Arbejdet i sundhedsvæsenet skal tilrettelægges så de sundhedsprofessionelle får bedre muligheder for at inddrage patienterne. Det er afgørende, at ledelsen prioriterer tid og ressourcer til patientinddragelse, og at de fysiske rammer, giver mulighed for fortrolige samtaler.

3. Datadrevet kvalitet – skaf tidstro kliniske data

Tidstro data skal altid understøtte det kliniske arbejde i sundhedsvæsenet.

Patientforløb og behandling skal monitoreres ved hjælp af informationer, der allerede findes i syste-

merne. I almen praksis og i speciallægepraksis giver DAK-E (De praktiserende lægers og regionernes fælles enhed for kvalitetsudvikling) og KVIS (Kvalitetsudvikling i speciallægepraksis) grundlag for at kvalitetssikre og udvikle ydelserne.

Fordelene ved tidstro data er:

- Et helt aktuelt billede af, hvor mange patienter, der får rette ydelse til rette tid
- Afdækning af om afdelingen evt. er systematisk bagud på visse områder
- Højere kvalitet når personalet kontinuerligt bruger

data til at rette på eventuelle mangler i behandling og forløb hos de aktuelle patienter og samtidig justerer praksis, så den bliver bedre i morgen

- Et motiveret personale, der umiddelbart kan synliggøre resultater af behandlingen her og nu, fordi tidstro data understøtter muligheden for at levere behandling og pleje af høj kvalitet.



Når tidstro data sammenstilles med kvalitetsdatabaser kan det ses, hvor god den enkelte afdeling/klinik, den enkelte sundhedsperson er til at leve op til patienternes ønsker og afdelingens/klinikkens mål. Samtidig

fås en oversigt over udviklingen i ydelser over tid, om indsatsen resulterer i konkrete og målbare forbedringer for patienterne, og om kvalitetsudviklingen i forhold til de fastsatte mål.

4. Kliniske retningslinjer – det sundhedsfaglige udgangspunkt

Lægernes faglige udgangspunkt for diagnostik og behandling skal være opdaterede kliniske retningslinjer.

Kliniske retningslinjer skal bidrage til, at patienter i hele landet gives det samme behandlingstilbud byg-

gende på bedste faglige evidens. Lokalt skal der etableres de nødvendige rammer, procedurer og arbejds-gange, der giver mulighed for at tilbyde patienterne de rette ydelser til rette tid i henhold til retningslinjerne.

De lægevidenskabelige selskaber har med frivillig arbejdskraft udarbejdet cirka 640 kliniske retningslinjer (SKR), der i dag anvendes i det daglige arbejde i patientbehandlingen, mens Sundhedsstyrelsen i starten af 2016 vil have udarbejdet cirka 50 tværfaglige nationale kliniske retningslinjer (NKR). Hvis Grade-modellen, som Sundhedsstyrelsen anvender i udarbejdelse af NKR også anvendes i forbindelse med SKR, bør SKR anses for nationale retningslinjer.

NKR er ikke en formelsamling, som angiver en bestemt løsning. Lægen får vejledning om styrken af evidensen og kan dermed navigere mere sikkert imellem anerkendt god praksis og forskellige mere evidensbaserede anbefalinger. Behandlingstilbuddet skal konkretiseres og tilpasses til den enkelte patient og det sker i dialogen mellem patient og læge – eventuelt pårørende.

En sikring af det faglige grundlag kræver flere indsatser:

På nationalt niveau

- Koordinering og faglig balance mellem NKR og SKR, så de kan opnå et ensartet niveau, status og dermed anvendelse
- Midler til videreførelse af arbejdet med NKR og SKR, dels til opdatering, dels til udarbejdelse af flere kliniske retningslinjer til at dække flere typer behandlinger
- Koordinering med andre nationale retningslinjer, f.eks. koordinering på lægemiddelområdet mellem

faglige udmeldinger fra Koordineringsrådet for ibrug-tagning af sygehusmedicin (KRIS), RADS (Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin) og Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF).

På regionalt/klinisk niveau

- Implementering af de eksisterende NKR og SKR
- Tilgængelighed af NKR og SKR for de sundhedsprofessionelle
- NKR indarbejdes i eller supplerer lokale instrukser, vejledninger og forløbsbeskrivelser mhp at afskaffe tvivl om det faglige indhold og det lægelige ansvar
- Monitorering af effekt ved prædefinerede indikatorer, kampagnemålinger, stikprøvemålinger, audits etc..



5. Systematisk kompetenceudvikling som løftestang

Høj kvalitet til patienterne forudsætter, at sundhedspersonalet og ikke mindst læger har ajourførte og høje kompetencer inden for deres felt.

Lægers efteruddannelse bør systematiseres, så deres kompetenceudvikling målrettes de emner, hvor den skaber størst forbedring og kvalitet for patienterne.

Kliniske data og/eller patientrapporterede data bør lokalt bruges som indikator på, hvilke kompetencer der bør forbedres f.eks. medicinsk faglige kompetencer eller kommunikative kompetencer.

Derved kan den efteruddannelse, som ud fra et samlet kvalitetsperspektiv har størst værdi, prioriteres. Prioritering må bero på en lokal analyse og dialog.

Danske Regioner og Lægeforeningen har i december 2014 sammen formuleret fire principper for systematik i speciallægers kompetenceudvikling:

- Høj faglighed skal sikres med afsæt i både sundhedsvæsenets og lægens behov
- Kompetenceudvikling skal målrettes efter analyse og feedback på klinisk praksis

- Udviklingsplan skal sikre prioriteret kompetenceudvikling
- Forskelligartede læringsaktiviteter skal sikre reel kompetenceudvikling.

Høj kvalitet skal sikres ved, at lægers generelle og specifikke kompetencer systematisk ajourføres. Men der kan også være behov for at udvikle lægers specifikke kompetencer i at drive kvalitetsudviklingsprocesser, at forbedre klinisk kvalitet ved brug af kvantitative og kvalitative metoder, eller kompetencer i at omsætte data, viden og ny information til ny evidensbaseret klinisk praksis. Lægers bidrag til forskning i metoder og modeller til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet er ligeledes væsentlig.

6. Patientnære akkrediteringsmodeller

Hvis akkreditering af sygehuse skal fortsætte, bør der ske fravalg af processtandarder for love, bekendtgørelser etc. og et tilvalg af standarder for behandlingsskvaliteten og standarder for datadrevet kvalitet.

En ny DDKM (Den Danske Kvalitetsmodel) for sygehuse skal give mulighed for lokalt at udvikle de patientnære standarder og indikatorer, som er relevante for afdelingens kliniske praksis.

DDKM modellerne på praksisområdet har langt færre standarder, og de har udgangspunkt i den kliniske hverdag og fokus på at understøtte kvalitetsudviklingen i praksis.

Forskning i akkreditering og hvordan den fungerer mest effektivt som kvalitetsudviklingsredskab bør opprioriteres, jf. bl.a. også bestemmelser herom i DDKM for almen praksis.

En ny kvalitetsmodel DDKM for sygehuse bør indeholde:

- Patientoplevede mål (nationale/lokale mål), standarder og indikatorer suppleret med helbredsmål for indsatsen (effekten af behandlingen)

- Kliniske kvalitetsmål (nationale/lokale mål), standarder og indikatorer. Mål, der f.eks. kædes sammen med krav til varetagelse af specialfunktioner, sikkerhed og effektivitet
- Mål, der understøtter udvikling og læring (natio-



nale/lokale mål), standarder og indikatorer, f.eks. om de nødvendige rammer, redskaber og kompetencer for kvalitetsudvikling er til stede, eller der kan leveres datadrevet kvalitet ved at stille kvalitative krav til IT-systemer og tidstro data.

Den enkelte region, sygehus og afdeling skal kunne fokusere på de konkrete standarder i modellen, som lokalt er relevante. På afdelingsniveau kan det være et kvalitetsudviklingsprojekt at udvikle de patientnære standarder og indikatorer, som er relevante for afdelingen. Friheden kan give en fleksibel kvalitetsmodel, der kan flugte med den konkrete kvalitetsudfordring, som regionen, sygehuset og afdelingen står over for.

Kilder:

Dansk Selskab for Patientsikkerhed: "Input til sundhedsvæsenets forbedringsarbejde", november 2014.

Lægevidenskabelige Selskaber: "Kliniske retningslinjer er blevet rutine", december 2014.

Lægeforeningens kvalitetspolitik: "Styrk arbejdet med den faglige kvalitet" 2014

Danske Regioner og Lægeforeningen: "Fælles principper om: Systematik i speciallægers kompetenceudvikling, 2014.



Landkort med kvalitetsaktiviteter i det danske sundhedsvæsen

